

Tilburg University

Slachtofferschap en posttraumatische stress binnen het forensische domein

Bogaerts, S.; Polak, M.V.

Published in:
Handboek Posttraumatische stressstoornis

Publication date:
2012

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Bogaerts, S., & Polak, M. V. (2012). Slachtofferschap en posttraumatische stress binnen het forensische domein: Gevolgen van detentie en simuleren van psychische klachten. In E. Vermetten, R. J. Kleber, & O. van der Hart (Eds.), *Handboek Posttraumatische stressstoornis* (pp. 699). De Tijdstroom.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**H36. Slachtofferschap en posttraumatische stress binnen het Forensische
Domein: gevolgen van detentie en simuleren van psychische klachten**

Stefan Bogaerts

Machiel S. Polak

1. Inleiding

Binnen de internationale criminologische literatuur zijn de deprivatie- en importtheorie twee belangrijke stromingen die ingaan op aanpassingsgedrag en deprivatiemechanismen van gedetineerden tijdens het verblijf in een gevangenis (o.a., Goodstein & Wright, 1989). Het deprivatiemodel stelt de gevangenis als artificiële omgeving verantwoordelijk voor het ontstaan van stress dat bij sommigen kan leiden tot probleemgedrag (Seal, Belcher, Morrow et al., 2004). De gevangeniscontext verhindert het individu om bijvoorbeeld autonoom te functioneren. Dit kan in de gevangenis aanleiding geven tot drugsgebruik en agressie wat een weerslag heeft op de resocialisatie. Het importmodel richt zich op persoonlijke en sociale kenmerken van gedetineerden (Phillips, 2008). Zoals het woord 'import' laat verstaan zijn deze kenmerken al aanwezig omdat ze van buitenaf worden binnengebracht (Johnson & Toch, 1982). Volgens vermelde auteurs geven het deprivatie- en importmodel belangrijke inzichten in het psychologische functioneren en in het gedrag van gedetineerden tijdens en na detentie.

In dit hoofdstuk wordt vanuit victimologisch perspectief ingegaan op psychische klachten, meer bepaald PTSS-klachten tijdens detentie. Uit verschillende studies komt een relatief hoge prevalentie van PTSS (posttraumatische stress-stoornis) klachten onder gedetineerden naar voren (Urbaniok, Endrass, Noll, Vetter & Rossegger, 2007). Volgens een studie van Urbaniok et al. (2007) heeft ongeveer 25 procent van de 86 onderzochte delinquenten op basis van de Posttraumatic Diagnostic Scale de diagnose PTSS. Een verklaring waarom gedetineerden meer risico's lopen om PTSS-klachten te ontwikkelen wordt beschreven door Gorski (2001). In zijn werk "*Post Incarceration Syndrome and Relapse*" gebruikt hij de tot de verbeelding sprekende terminologie 'Post Incarceration Syndrome' en stelt hij dat detentie en detentieomstandigheden PTSS-klachten zouden veroorzaken, respectievelijk verergeren. Een benadering die ingaat tegen Gorski heeft betrekking op het feit dat er individuen zijn die onder meer PTSS-klachten in een penitentiaire setting voorwenden en/of verergeren (Hawes & Boccaccini, 2009; McDermott & Sokolov, 2009). In beide studies kwam aan de hand van het Structured Interview of Reported Symptoms en de Personality Assessment Inventory naar voren dat het voorwenden of overrapporteren van lichamelijke en psychische symptomen sterk aanwezig was binnen de onderzochte gevangenispopulatie. Hierna wordt zowel ingegaan op PTSS als gevolg van deprivatie

en opsluiting als op het voorwenden van PTSS-symptomen. Op het einde van dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op het feit dat traumatische ervaringen en PTSS sinds korte tijd voorwerp dreigen te worden van een sociaal-politieke en morelethische discussie waardoor in extreme vorm, het bestaan van PTSS als klinisch beeld lijkt te worden gebagatelliseerd. Wij eindigen deze bijdrage dan ook met een kritische reflectie op deze discussie.

2. PTSS als gevolg van deprivatie

Volgens Grassian (1983), Gorski (2001) en Abramsky (1999) lijden veel gedetineerden bij vrijlating aan wat zij noemen het 'Post-Incarceration Syndroom (PICS)', meestal in combinatie met verslaving. Gorski (2001) omschrijft deze problematiek als een ernstig probleem ten gevolge van (langdurige) opsluiting en traumatische ervaringen door de detentieomstandigheden wat wordt gekenmerkt door onder meer buitensporig middelenmisbruik, psychische problemen en versneld recidive. Deze problematiek zou worden veroorzaakt door repressie en bestraffing tijdens detentie, eenzame en langdurige opsluiting, het onthouden van onderwijs en beroepsoriëntering en een gebrekkige rehabilitatie tijdens detentie. Hierdoor lopen gedetineerden na vrijlating een hoger risico voor excessief alcohol- en drugsmisbruik en zou de kans op recidive sterk toenemen.

De problematiek zoals Gorski (2001) die beschrijft bestaat uit vier kenmerken: (1) *Geïnstitutionaliseerde persoonlijkheidskenmerken*. Deze kenmerken, die ontstaan door een gebrek aan contact met medegevangenen en bewakers, hebben betrekking op een chronische toestand van aangeleerde hulpeloosheid ten aanzien van het gevangenispersoneel en het aankweken van een antisociale levensstijl binnen de gevangenis met als doel te overleven. Het leven in een gesloten gemeenschap en het passief naleven en aanvaarden van regels onderdrukt de persoonlijke voorkeuren en het eigen verlangen. Het kritisch denken, de individuele besluitvorming, de zelfexpressie en het uiten van emoties worden in de kiem gesmoord.

(2) *Posttraumatische stress-stoornis (PTSS)*. Deze stoornis kan betrekking hebben op de periode vóór en tijdens detentie. Het gaat om de psychische gevolgen van traumatische ervaringen zowel vóór als tijdens detentie met flashbacks en andere indringende herinneringen, fysiologische reacties zoals transpireren en hyperventilatie

bij het terugdenken aan traumatiserende gebeurtenissen. Verder kunnen episodes van dissociatie, prikkelbaarheid, woede-uitbarstingen, cognitieve problemen, slaapstoornissen, concentratieproblemen, angst, hyperalertheid, verhoogd wantrouwen en voortdurende angst voor herhaling van bijvoorbeeld het institutioneel geweld plaatsvinden.

(3) Het ontwikkelen van *een antisociale persoonlijkheidstrek*. Dit kenmerk kan worden ontwikkeld als reactie tegen het institutionele geweld en het gevangensklimaat. Vaak neemt men een passief-agressieve houding ten aanzien van het personeel en een actieve-agressieve houding ten aanzien van medegedetineerden waar.

(4) Het *sociaal-sensorisch-deprivatie-syndroom*. Dit “syndroom” wordt volgens Gorski veroorzaakt door langdurige blootstelling aan eenzame opsluiting, sociaal isolement, weinig sociale contacten en sensorische stimulatie of deprivatie. De symptomen kunnen zijn hoofdpijn, ontwikkelingsvertraging, verminderde impulscontrole, onderdrukte woede, obsessief denken en borderline persoonlijkheidskenmerk. Veel gedetineerden met deze problematiek zoeken hun toevlucht in alcohol, drugs en andere genotsmiddelen. Veel gedetineerden waren al verslaafd vóór detentie en zetten deze verslaving verder tijdens en na detentie. De problematiek treedt vooral op bij gedetineerden die langer dan een jaar zijn opgesloten, die meerdere episodes van institutioneel geweld hebben gekend, die weinig onderwijs, beroepsopleiding, of rehabilitatie hebben gekregen, die periodiek voor een langere periode werden onderworpen aan eenzame opsluiting en die frequente en ernstige traumatische ervaringen hebben gehad (Grassian, 1983).

De vier kenmerken die hierboven zijn beschreven ontstaan vooral als gevolg van context- en deprivatiemechanismen in gevangenissen waaraan gedetineerden worden blootgesteld. In de DSM-IV (APA, 1994) wordt onder de classificatie “Posttraumatic Stress Disorder DSM-IV Diagnosis & Criteria” subclassificatie “Associated Features and Disorders, verwezen naar interpersoonlijke stressoren die gerelateerd zijn aan de ontwikkeling van PTSS. Een van deze stressoren zoals hierna geciteerd, heeft betrekking op detentieomstandigheden.

“The following associated constellation of symptoms may occur and are more commonly seen in association with an interpersonal stressor (e.g., childhood sexual or physical abuse, domestic battering, being taken hostage, incarceration as a prisoner of war or in a concentration camp, torture): impaired complaints; feelings of ineffectiveness, shame, despair, or hopelessness; feeling permanently

damaged; a loss of previously sustained beliefs, hostility; social withdrawal; feeling constantly threatened; impaired relationships with others; or a change from the individual's previous personality characteristics.”(p. 424-429, 645-650)

Een verschil tussen de DSM-IV subclassificatie ‘Associated Features and Disorders’ en Gorski’s beschrijving is dat de DSM-IV betrekking heeft op de ontwikkeling van PTSS als gevolg van langdure blootstelling aan extreme omstandigheden (o.a., krijgsgevangenen: zie Hermansson, Timpka & Thyberg, 2002; Lie, 2004) terwijl Gorski ‘PICS’ ook van toepassing acht op gedetineerden die niet in extreme omstandigheden leven maar wel geconfronteerd worden met langdurige opsluiting en aspecten van deprivatie. De centrale vraag is of een verblijf in detentie PTSS-klachten kan veroorzaken of verergeren en of er empirisch bewijs in de vakliteratuur te vinden is? We gaan in deze bijdrage enkel in op de ontwikkeling van PTSS klachten als gevolg van verblijf in detentie en de aanwezigheid van deprivatiemechanismen. De ontwikkeling van geïnstitutionaliseerde persoonlijkheidskenmerken, een antisociale persoonlijkheidstrek en factoren van sociaal-sensorisch-deprivatie worden buiten beschouwing gelaten omdat we geen studies aantreffen naar de ontwikkeling van een geïnstitutionaliseerde persoonlijkheid en antisociale persoonlijkheidstrek tijdens detentie als gevolg van deprivatiemechanismen. Hetzelfde geldt voor het door Gorski genoemde sociaal-sensorisch-deprivatie-syndroom. Dit betekent dat het zogenoemde PICS nooit integraal is getoetst en we ons vragen moeten stellen bij de wetenschappelijke en klinische relevante en waarde van de kwalificatie ‘PICS’.

Bij het zoeken naar empirische bewijs voor het bestaan van het ‘PTSS als gevolg van deprivatie en opsluiting, werd een beroep gedaan op drie grote databanken: ‘Web of Science, PsycINFO en PubMed’. De trefwoorden ‘Incarceration and ptsd’, ‘detention and ptsd’ en ‘detainees en ptsd’ leverden respectievelijk 7, 28 en 16 hits op. Negen studies hadden betrekking op de relatie tussen hechtenis/detentie en het ontstaan en verergeren van PTSS-klachten. De andere studies hadden betrekking op krijgsgevangenen of vergelijkbare groepen (asielzoekers, politieke gevangenen) en werden niet meegenomen. De belangrijkste bevindingen zijn de volgende.

Abram, Teplin, Charles et al. (2004) en Abram, Washburn, Teplin et al. (2007) onderzochten (cross-sectioneel) de prevalentie van PTSS en aanverwante psychische stoornissen onder een steekproef van 898 gedetineerde jongeren tussen 10 en 18 jaar in

Chicago. Er waren geen verschillen in PTSS-prevalentie tussen jongens en meisjes. Jongens met PTSS vertoonden wel driemaal meer verwante stoornissen dan meisjes, zoals affectieve stoornissen, angststoornissen, gedragsstoornissen en andere psychische aandoeningen. Meisjes met PTSS hadden vaker dan jongens alcohol- en drugsproblemen. De onderzoekers besluiten dat traumatische ervaringen en PTSS vaker voorkomen bij jeugdige gedetineerden dan bij jongeren uit de normale populatie en dat er meer aandacht moet zijn voor psychische stoornissen onder gedetineerdenpopulaties.

Ook Bickel en Campbell (2002) kwamen op basis van hun (cross-sectioneel) onderzoek onder (slechts) 50 gedetineerde jongeren tot de conclusie dat jongeren in detentie tal van psychische problemen zoals PTSS-klachten vertonen en dat gedetineerde jongeren ongeveer evenveel psychische problemen rapporteren als niet criminele jongeren die naar de geestelijke gezondheidszorg worden verwezen en vijf keer meer problemen hebben dan jongeren uit de normale populatie. Ulzen en Hamilton (2003) vonden (cross-sectioneel) dat gedetineerde jongeren een grotere kans lopen om PTSS-klachten te ontwikkelen dan niet-gedetineerden jongeren die nooit in aanraking gekomen zijn met justitie of de geestelijke gezondheidszorg in de voorbije 12 maanden. De groep gedetineerden had echter een criminele voorgeschiedenis met geweld, seksueel misbruik, diefstal, niet naleving van voorwaarden en ontvluchting. Ongeveer 25 procent van de gedetineerde adolescenten rapporteerde volledige PTSS en 10 procent gedeeltelijke PTSS. PTSS vertoonde de sterkste co-morbiditeit met internaliserende stoornissen zoals angst en lange depressieve episodes. Gibson, Holt, Fondacaro et al. (1999) onderzochten of traumatiserende gebeurtenissen en psychische aandoeningen PTSS voorspelden in een groep van 213 volwassen mannelijke gedetineerden in Engeland. De drie meest genoemde voorvallen die PTSS veroorzaakten waren: getuige zijn van een moord of ernstige mishandeling, seksueel misbruik en slachtofferschap van fysiek geweld. Stemningsstoornissen, angststoornissen en een antisociale persoonlijkheidsstoornis waren significant meer aanwezig bij gedetineerden met een PTSS-diagnose dan bij gedetineerden zonder PTSS-diagnose. Negenenzestig respondenten (33%) die eerder in hun leven een diagnose PTSS hadden gekregen, beantwoordden aan de DSM-III-R criteria voor PTSS, en 45 respondenten (21%) die in het verleden geen diagnose PTSS hadden, beantwoordden aan de DM-III-R criteria voor PTSS. De auteurs concludeerden daarom dat PTSS in deze groep gedetineerden veel meer voorkomt dan in de algemene bevolking.

3. Kritische reflecties

De aangehaalde cross-sectionele studies rapporteren een verband tussen detentie en PTSS-klachten. Maar kunnen we nu veronderstellen dat het verband tussen detentieverblijf, deprivatie en PTSS hiermee is aangetoond? Vanuit een drietal perspectieven willen wij deze vraag beantwoorden.

Ten eerste zijn de meeste studies cross-sectioneel opgezet waardoor niet kan en mag gesproken worden van causale relaties tussen detentie en de ontwikkeling van PTSS. Om empirisch aan te tonen dat detentie kan leiden tot de ontwikkeling van PTSS (en andere psychische problemen) is een prospectief onderzoeksdesign nodig en dienen herhaalde metingen plaats te vinden.

Ten tweede vragen we ons af of de PTSS-klachten in de studies het gevolg zijn van - of worden verergerd door – detentieomstandigheden, of dat er sprake is van premorbiditeit. Zijn er bijvoorbeeld ontwikkelingsstoornissen op jonge leeftijd? Ontwikkelingspsychologisch onderzoek toont aan dat oppositioneel opstandig gedrag, gedragsproblemen, genetische predisposities, antisociaal gedrag, middelenmisbruik, disfunctioneren op school en conflicten met ouders, opvoeders en leeftijdgenoten zich meestal op jongere leeftijd manifesteren en risicofactoren kunnen zijn voor crimineel gedrag en psychische stoornissen in de volwassenheid. Ook criminogene factoren bij de ouders zijn voorspellend voor deviant gedrag bij kinderen (Moffitt, 2005; Van der Laan, Veenstra, Bogaerts, Verhulst & Ormel, 2010). Manipulatief bedrieglijk gedrag en emotionele ongevoeligheid bij volwassen psychopaten worden vaak al in de kinderentijd en adolescentie aangetroffen zonder dat in alle gevallen sprake is van continuïteit van antisociaal gedrag bij kinderen tot in de volwassenheid (Lussier, Farrington & Moffitt, 2009; Pardini & Loeber, 2007). Bij de meeste jongeren komen wellicht ernstige mentale en psychiatrische problemen vóór detentie voor

Ten derde worden de problemen ten gevolge van (langdurige) opsluiting en detentieomstandigheden niet in relatie gebracht tot de sociale context waarin iemand na detentie terechtkomt. Pawson en Tilley (1997) stellen in hun 'Context-Mechanisme-Outcome (CMO)' model dat gedrag de uitkomst is van een samenspel tussen onderliggende intrapsychische, interpersoonlijke mechanismen en de context of omgeving waarin men zich bevindt (Bogaerts, Poiesz & Van der Knaap, 2007; Van der

Knaap, Leeuw, Bogaerts & Nijssen, 2008; Pomp, Spreen, Bogaerts et al., 2010). Van de omgeving kunnen, naast risicofactoren, ook beschermende factoren uitgaan die het ontstaan of continueren van crimineel gedrag kunnen bufferen of terugdringen (Van der Laan, Veenstra, Bogaerts, Verhulst en Ormel, 2010). De omgeving speelt dus een belangrijke rol in het ontstaan en continueren van psychische problemen en crimineel gedrag. Het is te kort door de bocht om te concluderen dat er geen wetenschappelijke aanwijzingen zijn voor ernstige problemen zoals PTSS ten gevolge van (langdurige) opsluiting en detentieomstandigheden? In de paragraaf ‘kritische reflecties’ hebben we wel gewezen op enkele beperkingen in het wetenschappelijk onderzoek. De meeste studies zijn cross-sectioneel, er is te weinig aandacht voor premorbiditeit en de context waarbinnen iemand zich bevindt speelt een belangrijke rol in het ontstaan van PTSS. Het is belangrijk om gebruik te maken van een prospectief onderzoeksdesign dat op dag 0 van detentie, jongeren en volwassenen screent op de aanwezigheid van onder meer premorbide stoornissen, persoonlijkheidsaspecten en PTSS en deze groep tijdens en na detentie te monitoren. Nog beter zou zijn te kiezen voor follow-up onderzoek door een groep kinderen en jongeren die voor de eerste maal worden aangemeld bij bijvoorbeeld de bureaus jeugdzorg, de raad voor de kinderbescherming of een andere instantie te volgen en herhaaldelijk te meten. Op deze manier kunnen criminele, psychiatrische en sociale antecedenten in kaart worden gebracht (Lussier et al., 2009).

Naast de bovengenoemde verklaring voor de hoge prevalentie van PTSS-klachten onder gedetineerden zou het echter kunnen zijn dat een aantal gedetineerden PTSS-klachten voorwendt of overdrijft om zo hun verantwoordelijkheid af te wenden of te ontlopen. Daarmee komen wij op het onderwerp simulatie.

4. Malingeren door delinquenten

“Malingering” of simuleren is het opzettelijk voorwenden of produceren van valse of overdreven lichamelijke en/of psychische symptomen, waarbij externe motieven de aanleiding vormen (APA, 1994). Het is een fenomeen dat wordt gezien bij patiënten die moeilijk te objectiveren klachten aanwenden, bij procederende patiënten en bij individuen die bijvoorbeeld uit zijn op financieel voordeel (Merckelbach & Crombag, 2000; Merckelbach, Koeyvoets, Cima & Nijman, 2001). We beperken ons tot delinquenten hoewel er ook onderzoek is gedaan naar bijvoorbeeld geweldsslachtoffers

(Kunst, Winkel & Bogaerts, submitted) en oorlogsveteranen (o.a., Lacoursiere, 1993; Elhai, Gold, Frueh et al., 2000; Geraerts et. al, 2009).

Het onderzoek naar malingeren door delinquenten is schaars. Friel, White en Hull (2008) wijzen op het gevaar van malingeren van secundaire ziekte winst door delinquenten en forensische patiënten en stellen dat diagnostisch onderzoek, indicatiestelling en risicotaxatie bemoeilijkt kunnen worden door de aanwezigheid van bijvoorbeeld PTSS-klachten. Het is belangrijk, in het bijzonder bij deze groepen, om aandacht te hebben voor fictieve en/of sterk overdreven klachten, omdat PTSS-klachten maar ook psychotische symptomen, depressie en dissociatieve stoornissen gevolgen kunnen hebben voor de strafrechtelijke verantwoordelijkheid van daders en de jurisprudentie. Bij een gediagnosticeerde stoornis kan de mate van toerekeningsvatbaarheid en de inschatting van het recidivegevaar aanleiding geven tot het opleggen van een tbs-maatregel (met dwangverpleging) op grond van de aanwezigheid van ernstig gevaar voor de betrokkene en de samenleving. Artikel 39 Wetboek van Strafrecht stelt dat hij die een feit begaat dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend, niet strafbaar is. Deze schulditsluitingsgrond steunt op het beginsel dat er zonder schuld geen straf is. In 1994 werd in de DSM-IV (APA, 1994, p. 467) een richtlijn opgenomen dat malingeren moet worden uitgesloten in situaties waarin financieel of strafrechtelijk gewin een rol spelen. De DSM-IV bracht alleen PTSS in verband met malingeren. Dit kan grotendeels worden toegeschreven aan de claims die Vietnam-veteranen indienden als gevolg van ernstige PTSS-klachten (Rosen & Taylor, 2007; Scott, 1990). Hierdoor kwam de focus te liggen op PTSS, terwijl ook andere stoornissen kunnen worden geveinsd. Alvorens malingeren aan de orde is moet elke andere vorm van pathologie worden onderzocht en uitgesloten. Zo kan er bij geheugenverlies sprake zijn van organische amnesie als gevolg van een hersenbeschadiging. Aanwijzingen voor traumatische hersenletsels zijn ondermeer bewustzijnsverlies, posttraumatische amnesie en retrograde amnesie (DSM-IV-TR, APA, 2000). Posttraumatische amnesie wil zeggen gedesoriënteerd gedrag na de hersenbeschadiging en een gestoorde informatie-inprenting na het hersenletsel. Retrograde amnesie wijst op het niet kunnen herinneren van gebeurtenissen die zich voorafgaandelijk aan het letsel hebben voorgedaan. Elke andere (neuro-)psychiatrische of biologische aandoening moet worden uitgesloten alvorens de diagnose malingeren kan worden gesteld. Ondanks de DSM-IV richtlijn, vinden Rosen en Taylor (2007) dat

geveinsde PTSS-symptomen te weinig door behandelaars en onderzoekers worden gezien of genegeerd en dat gerapporteerde PTSS-klachten per definitie als waarheid worden aangenomen. Sinds enige tijd is er meer aandacht voor het voorwenden van PTSS-klachten. Hoewel detectie een snelle vaart voorwaarts heeft genomen dankzij de ontwikkeling van steeds meer betrouwbare instrumenten, is onderzoek naar malingeren in behandelsettings zeer schaars. Het gebruik van zelfrapportage-vragenlijsten, zoals de MMPI-2 (Elhai, Gold, Frueh et al. 2000), SIMS (Smith & Burger, 1997) en IAT's zoals de Portland Digit Recognition Test (Rosen & Powel, 2003), de Morel Emotional Numbing Test –R (Morel, 1998; Morel & Shepherd, 2008) en de Stroop Test (Thomas & Fremouw, 2009) is aangewezen om een juiste diagnose te stellen.

6. L'histoire se répète?

In deze paragraaf willen we, zoals in de inleiding gesteld, reflecteren op een beweging die zich zowel binnen als buiten Nederland begint af te tekenen. Deze paragraaf overstijgt de rode draad in dit hoofdstuk, namelijk PTSS in relatie tot detentie en deprivatie. In het boek *The empire of trauma. An inquiry into the condition of victimhood* (Fassin & Rechtman, 2009), worden trauma en PTSS vanuit antropologisch en medisch standpunt belicht aan de hand van drie cases (voor meer informatie verwijzen we naar het boek). De auteurs keren terug naar 1980, de periode dat PTSS in het psychiatrische classificatiesysteem (DSM-III, APA, 1980) werd geïntroduceerd. Een externe stressor is in staat om de psychische en fysieke gezondheid te ondermijnen. Fassin en Rechtman (2009) en Withuis (2009a) vinden dat de maatschappij steeds meer de vorm aanneemt van een trauma- en claimmaatschappij. Withuis vindt dat er een banalisering van het begrip trauma optreedt, wat ook door Kleber (2007) wordt betoogd. Hij spreekt over de inflatie van het begrip trauma: het feit dat iedereen het woord in de mond neemt zonder te weten waarover het gaat.

Velen roepen dat slachtofferschap 'in is' en dat we afstevenen naar een klaagmaatschappij die ontstaat door het toeschrijven van alles wat fout loopt aan anderen. Hierdoor is het maar een kleine stap om van een trauma een lucratieve kwaal te maken. Withuis (2009b) vindt dat drie sociaal medische problemen een rol gespeeld hebben in de erkenning van PTSS als psychiatrische classificatie, namelijk de terugkerende Vietnam-soldaten die vaak verslaafd waren aan drank, drugs, geweld en bijstand, de feministische onthullingen over schade na verkrachting en incest, en 'late

PTSS klachten' die werden geuit door ex-soldaten die gestreden hadden in de tweede wereldoorlog. Hiermee plaatst Withuis – vanuit sociaal-politiek perspectief - niet alleen de diagnose PTSS op de politieke, medisch-psychiatrische en psychologische agenda, maar ook binnen de victimologie dreigt een politiek en moreel discours te ontstaan wat we gekend hebben in de jaren zeventig toen de feministische en radicale victimologie eerder de politiek dan de wetenschap diende. Kleber en Withuis hebben zeker een punt dat het begrip trauma en de psychiatrische classificatie PTSS aan herziening toe is wat ook concreet zijn beslag zal krijgen in de nieuwe DSM-5 (Rosen, Spitzer & McHugh, 2008). Maar trauma in de hoek zetten als een lucratieve en winstgevende kwaal dat door sommigen geconsumeerd wordt gaat te ver. Het kind wordt met het badwater weggegooid en er wordt geen ruimte gemaakt voor nuanceringen. Bovendien worden de psychologische en psychiatrische disciplines ondermijnd en zelfs buiten spel gezet door een sociaal-politieke visie die nauwelijks op onderzoek is gestoeld.

7. Besluit

Eenzame opsluiting, institutioneel geweld en misbruik, aangeleerde hulpeloosheid en het uitschakelen van het kritisch denkvermogen zouden van invloed zijn op de ontwikkeling van PTSS. Voor het bestaan van een zogenaamd Post-Incarceration Syndroom hebben we helemaal geen empirische bevestiging gevonden. Het verband tussen detentie, deprivatie en PTSS-klachten hebben we wel gevonden in de literatuur maar is hoegenaamd geen verdienste van Gorski. De geraadpleegde studies richten zich op de relatie tussen detentie, deprivatie en PTSS. De beperkte literatuur over ernstige problemen ten gevolge van (langdurige) opsluiting en detentieomstandigheden differentieert niet tussen groepen gedetineerden, terwijl onderzoek aantoonde dat een niet gering aantal gedetineerden al voor detentie te kampen had met ernstige psychische stoornissen. Zo onderzochten Bulten en Nijman (2009) recent, cross-sectioneel, 191 gedetineerden op onder meer psychische stoornissen, persoonlijkheidskenmerken en behandelangst. Van de gedetineerden had meer dan 80 procent ooit een psychische stoornis, verslaving meegerekend. De onderzoekers vonden dat gedetineerden met een subjectieve hulpvraag, emotioneel meer instabiel waren, meer psychiatrische klachten hadden, een lagere zelfdiscipline en een positievere houding ten aanzien van hulpverlening lieten zien, maar ook een hogere behandelangst. De resultaten wijzen daarmee op 'approach-avoidance'-conflicten in de afweging om al dan niet hulp te

zoeken (Bulten & Nijman, 2009). Dat detentie nog schadelijker is voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis is bekend. Criminelen met een zeer ernstige en blijvende psychiatrische stoornis hebben meestal levenslang zorg en beveiliging nodig. In Nederland wordt al enkele jaren gewerkt met de methodiek van (*Forensic*) *Assertive Community Treatment* (FOR ACT) dat een kader biedt om deze groep te laten deelnemen aan de samenleving. Assertive Community Treatment is een organisatievorm voor het leveren van hulpverlening aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, met problemen op meerdere levensgebieden, die daarnaast vaak zorg mijden (Mulder & Kroon, 2005). Recent startte het poliklinisch Psychiatrisch Centrum Het Dok, onderdeel van het Forensisch Psychiatrisch Centrum Kijvelanden, met een op FOR ACT gebaseerde multi-treatment aanpak voor forensische patiënten.

Dat 'PICS' als een apart syndroom van ernstige problemen ten gevolge van (langdurige) opsluiting en detentieomstandigheden empirisch niet wordt ondersteund, betekent niet dat er geen problemen zijn. Naast een goede differentiatie naar doelgroep, is empirisch onderzoek noodzakelijk dat ook de premorbiditeit mee in rekening neemt en dat gebruik maakt van een adequaat onderzoeksdesign. Onderzoek laat namelijk zien dat een grote groep van de 'gekende' daders, een criminele, psychiatrische en antisociale voorgeschiedenis hebben en vaak opgroeien in een milieu dat weinig beschermende factoren biedt maar vooral criminogeen van aard is. Om detentie-gerelateerde stoornissen zoals PTSS, antisociale trekken en sociaal-sensorische-deprivatie te meten zijn, naast zelfrapportage-instrumenten, ook Impliciete Associatie Tests (IAT) noodzakelijk die bij binnenkomst van gedetineerden, tussentijds en bij vertrek worden afgenomen om inzichten te krijgen in de veranderbaarheid van stoornissen en gedrag.

De victimologie, de (forensische en klinische) psychologie, de criminologie en het strafrecht hebben de taak om traumatische ervaringen en PTSS bij daders van misdrijven (en uiteraard slachtoffers) terug te brengen tot reële proporties, zodat wildgroei en het te pas en te onpas gebruiken van deze begrippen worden afgeremd (Bogaerts, Kunst & Winkel, 2009). Hiervoor is geen politiek en/of moreel debat nodig, laat staat dat iemand er ook maar belang bij heeft dat de geschiedenis zich zou herhalen en dat de victimologie opnieuw 'gecontamineerd' wordt door politiek en morelethische discours. Meer dan 15 jaar geleden werden al richtlijnen opgesteld die wereldwijd geaccepteerd zijn om PTSS-klachten te diagnosticeren en om differentiële

diagnoses te maken. Deze richtlijnen moeten misschien aangescherpt worden door bijvoorbeeld niet alleen te kijken naar de psyche van de persoon in kwestie, maar door ook de context waarin psychische mechanismen ontstaan of verergeren te betrekken. De vraag is echter of een sociaal-psychiatrisch classificatiesysteem mogelijk is. Kinet en Vermote (2005) vinden terecht dat de psychische realiteit niet kan worden losgezien van de externe realiteit, echter zonder de oplossing voor problemen extern te plaatsen. Het psychisch verwerken van de gevolgen van traumatiserende gebeurtenissen blijft de verantwoordelijkheid van het individu.

Niet alleen de wetenschap, maar ook de klinische (forensische) praktijk moet meer gebruik maken van ‘up-to-date’ instrumenten om fenomenen als malingeren en pseudo-PTSS op het spoor te komen om op die manier bij te dragen aan een rechtvaardige rechtsgang en daders te wijzen op hun verantwoordelijkheid ten opzichte van slachtoffers en de maatschappij, zonder de slachtofferzijde van de dader in het ongewisse te laten, tenminste als die ook aanwezig is. Het zou onethisch zijn om in een maatschappij te leven waar geen aandacht mag zijn voor het psychische lijden van daders. Het is zondermeer een feit dat daders op de eerste plaats moeten worden aangesproken op hun dadergedrag en moeten leren verantwoordelijkheid nemen voor hun ongewenst gedrag wat niet wil zeggen dat slachtofferaspecten bij daders mogen worden genegeerd. Verificatie en falsificatie zijn basisassumpties van wetenschappelijke en klinische degelijkheid die in balans horen te zijn.

Referenties

- Abram, K.M., Teplin, L.A., Charles, D.R., Longworth, S.L., McClelland, G.M., & Dulcan, M.K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 61, 403-410.
- Abram, K.M., Washburn, J.J., Teplin, L.A., Emanuel, K.M., Romero, E.G., & McClelland, G.M. (2007). Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity among detained youths. *Psychiatric Services*, 58, 1311-1316.
- Abramsky, S. (1999). *When they get out*. The Atlantic online, Atlantic Monthly, June, 30.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text rev.). Washington, DC: Author.
- Bickel, R., & Campbell, A. (2002). Mental health of adolescents in custody: the use of the 'Adolescent Psychopathology Scale' in a Tasmanian context. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 603-609.
- Bogaerts, S., Kunst, M., & Winkel, F. (2009). Dismissive attachment and posttraumatic stress disorder among Belgium securely and insecurely attached security workers. *Psychological Reports*, 105, 889-899.
- Bogaerts, S., Poiesz, T., & Van der Knaap, L.M. (2007). Voorkoming en reductie van criminaliteit: te weinig aandacht voor gedragscomponenten. *Tijdschrift voor Veiligheid*, 6, 51-53.
- Bulten, E., & Nijman, H. (2009). Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 153, A634.
- Elhai, J.D., Gold, P.B., Frueh, B.C., & Gold, S.N. (2000). Cross-validation of the MMPI-2 in detecting malingered posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Assessment*, 75, 449-463.
- Fassin, D., & Rechtman, R. (2009). *The empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood*. Princeton: Princeton University Press.
- Felson, M. (1994). *Crime and everyday life*. Thousand Oaks: Pine Forge Press.

- Friel, A., White, T., & Hull, A. (2008). Posttraumatic stress disorder and criminal responsibility. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19, 64-85.
- Gibson, L.E., Holt, J.C., Fondacaro, K.M., Tang, T.S., Powell, T.A., & Turbitt, E.L. (1999). An examination of antecedent traumas and psychiatric comorbidity among male inmates with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 473-484.
- Goodstein, L., & Wright, K. (1989). Inmate adjustment to prison. In L. Goodstein & D. MacKenzie (Eds.), *The American prison: Issues in research and policy* (pp. 229-252). New York: Plenum Press.
- Gorski, T.T. (2001). *Post Incarceration Syndrome and Relapse*. Homewood, Illinois: The Cenaps® Corporation..
- Grassian, S. (1983). Psychopathological effects of solitary confinement. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1450-1454.
- Hawes, S.W., & Boccaccini, M.T. (2009). Detection of Overreporting of Psychopathology on the Personality Assessment Inventory: A Meta-Analytic Review. *Psychological Assessment*, 21, 112-124.
- Hermansson, Timpka, T., & Thyberg, M. (2002). The mental health war wounded refugees: An 8-year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 374-380.
- Johnson, R., & Toch, H. (eds.) (1982). *The pains of imprisonment*. Beverly Hills, Sage.
- Kagee, A. (2005). Symptoms of distress and posttraumatic stress among African former political detainees. *Ethnicity & Health*, 10, 169-179.
- Kinet, M., & Vermote, R. (2005). *Mentalisatie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant Uitgeverij.
- Kleber, R.J. (2007). *Weg van het trauma* (oratie). Utrecht: Universiteit Utrecht (in samenwerking met de Stichting Kennis en Toepassing Psychotraumatologie).
- Lacoursiere, R.B. (1993). Diverse motives for fictitious posttraumatic-stress-disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 141-149.
- Lie, B. (2004). The psychological and social situation of repatriated and exiled refugees: a longitudinal, comparative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 179-187.
- Lussier, P., Farrington, D.P., & Moffitt, T.E. (2009). Is the antisocial child father of the abusive man? A 40-year prospective longitudinal study on the developmental antecedents of intimate partner violence. *Criminology*, 47, 741-780.

- McDermott, B.E., & Sokolov, G. (2009). Malingering in a Correctional Setting: The Use of the Structured Interview of Reported Symptoms in a Jail Sample. *Behavioral Sciences & the Law*, 27, 753-765.
- Merchelbach, H., & Crombag, H. (2000). Trauma en dissociatie: Hoe hangen ze samen? *De Psycholoog*, oktober, 429-434.
- Merckelbach, H., Koeyvoets, N., Cima, M., & Nijman, H. (2001). De Nederlandse versie van de SIMS: Psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, november, 586-591.
- Moffitt, T.E. (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene – environment interplay in antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 131, 533-554.
- Morel, K.R. (1998). Development and preliminary validation of a forced-choice test of response bias for posttraumatic stress disorder, *Journal of Personality Assessment*, 70, 299–314.
- Morel, K.R., & Shepherd, B.E. (2008). Developing a Symptom Validity Test for posttraumatic stress disorder: Application of the binomial distribution. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1297-1302.
- Mulder, C.L., Kroon, H., (2005). *Assertive Community Treatment*. Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers, Nijmegen.
- Pardini, D.A., & Loeber, R. (2007). Interpersonal and affective features of psychopathy in children and adolescents: Advancing a developmental perspective introduction to special section. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 269-275.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997), *Realistic Evaluation* (Sage, London).
- Phillips, C. (2008). Negotiating identities. Ethnicity and social relations in a young offenders' institution. *Theoretical Criminology*, 12, 313-331.
- Pomp, L., Spreen, M., Bogaerts, S., & Völker, B. (2010). The role of personal social networks in risk assessment and management of forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10, 267-284.
- Rosen, G.M., & Powel, J.H. (2003). Use of a symptom validity test in the forensic assessment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 361–367.
- Rosen, G.M., & Taylor, S. (2007). Pseudo-PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 201-210.

- Rosen, G.M., Spitzer, R.L. & McHugh, P.R. (2008). Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM-V. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 3-4.
- Scott, W. (1990). PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems*, 37, 294-310.
- Seal, D.W., Belcher, L., Morrow, K., Eldridge, G., Binson, D., Kacanek, D., Margolis, A.D., McAuliffe, T., & Simms, R. (2004). A Qualitative Study of Substance Use and Sexual Behavior Among 18- to 29-Year-Old Men While Incarcerated in the United States. *Health Education & Behaviour*, 31(6), p. 775-789.
- Smith, G.P., & Burger, G.K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *Journal of the Academy of Psychiatry and Law*, 25, 183-189.
- Thomas, T.A., & Fremouw, W.J. (2009). The Stroop interference effect and spontaneous recall in true and malingered motor-vehicle accident-related PTSD. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 936-949.
- Ulzen, T., & Hamilton, H. (2003). Post traumatic stress disorder in incarcerated adolescents. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 12, 113-116.
- Urbaniok, F., Endrass, J., Noll, T., Vetter, S., & Rossegger, A. (2007). Posttraumatic stress disorder in a Swiss offender population. *Swiss Medical Weekly*, 137, 151-156.
- van der Knaap, L., Leeuw, F., Bogaerts, S., & Nijssen, L. (2008). Combining Campbell standards and the realist evaluation approach: The best of two worlds?. *American Journal of Evaluation*, 29(1), 48-57.
- van der Laan, A., Veenstra, R., Bogaerts, S., Verhulst, F., & Ormel, J. (2010). Serious, minor, and non-delinquents in early adolescence: the impact of cumulative risk and promotive factors: the TRAILS study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 339-351.
- Withuis, J. (2009a). *Het trauma is een lucratieve kwaal geworden*. www.nrcboeken.nl/recensie. Verschenen vrijdag 9 oktober 2009.
- Withuis, J. (2009b). *De opmars van het slachtoffer*. www.trouw.nl/opinie. Verschenen 28 november 2009 in Letter & Geest, Trouw.